

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 107

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE
DE
L'ÉVOLUTION MALIGNE
de certains molluscums

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph ROUX

Né le 17 octobre 1874, à Grenoble (Isère)

Ex-Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine (Concours 1894), (Concours 1895)

(Concours 1897)

LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Mars 1899

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE
DE L'ÉVOLUTION MALIGNÉ
DE
CERTAINS MOLLUSCUMS

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1898-99. — N° 107

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE

DE

L'ÉVOLUTION MALIGNE

de certains molluscums

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Mars 1899

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Joseph ROUX

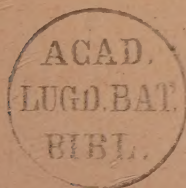
Né le 17 octobre 1874, à Grenoble (Isère)

Ex-Interne lauréat des Hôpitaux de Grenoble

Ancien prosecteur à l'Ecole de Médecine

Lauréat de l'Ecole de Médecine (Concours 1894), (Concours 1895)

(Concours 1897)



LYON

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

20, RUE CAVENNE, 20

—
Mars 1899

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET..... DOYEN.
LACASSAGNE..... ASSESSEUR

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....	BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....	PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales.....	GAYET.
Physique médicale.....	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....	PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie.....	MONOYER.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	CAZENEUVE.
Anatomie.....	FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	LORTET.
Physiologie.....	TESTUT.
Pathologie interne.....	RENAUT.
Pathologie externe.....	MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	TEISSIER.
Anatomie pathologique.....	AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée.....	TRIPPIER.
Médecine légale.....	POLLOSSON (Maurice).
Hygiène.....	ARLOING.
Thérapeutique.....	LACASSAGNE.
Pharmacie.....	BARD.
	SOULIER.
	CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des Femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des Maladies des Enfants.....	MM. WEILL.	agrégé
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS	—
Accouchements.....	POLLOSSON (Aug.)	—
Botanique.....	BEAUVISAGE	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	ROLLET.	DURAND.	PAVIOT.
CONDAMIN.	ROUX.	DOYON.	NOVÉ-JOSSERAND.
COURMONT	COLLET.	BARRAL.	BÉRARD.
DEVIC.	BOYER.	MOREAU.	BORDIER.
POLLOSSON (Aug.)	VALLAS.	PIC.	SAMBUC.
ROCHET.	SIRAUD.		

M. BEAUDUN, Secrétaire

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BARD, Président ; DEVIC, Assesseur
MM. COURMONT et PIC, Agrégés

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Bien faible témoignage
de mon amour filial.

A MES SCEURS

A MES GRAND'MÈRES

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PÈRES

A TOUS MES PARENTS

A MON ÉMINENT MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR BARD

Médecin des Hôpitaux

A M. LE PROFESSEUR GIRARD

Professeur de Clinique chirurgicale à l'Université de Grenoble

Vice-Président de la Commission administrative des Hospices

Chevalier de la Légion d'honneur

A M. DE CROZALS

Professeur d'Histoire à la Faculté des Lettres de l'Université de Grenoble

A M. GAGNEU

Professeur de Sciences au Lycée de Grenoble

Ancien Professeur suppléant à l'Ecole de Médecine

AUX AMIS DE MA FAMILLE

ET

A MES AMIS

AVANT-PROPOS

Arrivé au terme de nos études médicales, nous avons un agréable devoir à remplir ; nous le ferons avec d'autant plus de plaisir, que ce n'est pas seulement pour nous conformer à l'usage, mais bien plutôt pour obéir à nos sentiments de reconnaissance, que nous rappellerons le nom de nos maîtres qui, par leur expérience et leur savoir, nous ont guidé dans le cours de nos études et nous ont toujours témoigné la plus bienveillante affection.

M. le Professeur Bard a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui en sommes profondément reconnaissant et nous le prions de vouloir bien agréer l'expression de notre respectueuse gratitude.

M. le Professeur Girard, de Grenoble, a guidé nos premiers pas dans l'étude de la médecine. Nous ne perdrons jamais de vue les savyants principes qu'il nous a enseignés et nous pouvons assurer cet excellent maître que nous aurons toujours pour lui une profonde reconnaissance..

M. le Professeur Girard, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne à deux reprises différentes, nous a suggéré l'idée de ce travail. Nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier et lui affirmer que l'intérêt et la sollicitude qu'il n'a cessé de nous témoigner ne s'effaceront jamais de notre mémoire ; nous en conserverons un inaltérable souvenir.

M. le Docteur Berger, ancien directeur de l'école de médecine de Grenoble et M. le Professeur Bordier, directeur actuel, ont toujours eu pour nous une bienveillante affection. Les remerciements que nous les prions de vouloir bien agréer sont un faible témoignage de nos sentiments.

Que nos maîtres des hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne, MM. Deschamps, Nicolas, Berthollet, Porte et Perriol, veuillent bien recevoir ici l'expression de toute notre reconnaissance. Auprès de tous ces maîtres, nous avons toujours trouvé le plus bienveillant accueil et les meilleurs conseils. Leurs excellentes leçons ont été pour nous un enseignement très fructueux. Nous sommes heureux de pouvoir les en remercier.

Nous avons rempli, pendant deux années, les fonctions de prosecteur d'anatomie à l'école de médecine de Grenoble. MM. les Professeurs Allard et Perriol ont su nous faire apprécier toute l'importance de cette grande branche de la médecine. Leur savant enseignement a été pour nous très précieux ; nous ne l'oublierons jamais.

M. le Professeur agrégé Paviot nous a donné d'excellents conseils en ce qui concerne la rédaction

de notre thèse; nous lui en sommes profondément reconnaissant.

M. le Professeur agrégé Gangolphe a bien voulu nous communiquer oralement quelques observations très importantes; nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier.

Enfin qu'il nous soit permis de reconnaître aussi tout ce que nous devons au dévouement, à la bienveillante sollicitude de nos anciens maîtres, amis et collègues de notre Père, pendant le cours de nos études secondaires au lycée de Grenoble.

Qu'ils veuillent bien nous permettre de leur offrir ici un faible témoignage de notre vive gratitude.

Merci enfin à nos deux collègues d'internat MM. Abramoff et Burtin.

CONTRIBUTION CLINIQUE A L'ÉTUDE

DE L'ÉVOLUTION MALIGNE

de certains Molluscums

INTRODUCTION

L'évolution maligne des molluscums, quoique signalée dans les auteurs, n'avait encore donné lieu à aucun travail. Nous avons jugé ce sujet intéressant et sur les conseils que nous avons reçus de la part de nos maîtres, nous avons relaté les différents cas qu'il nous a été donné d'observer pendant le cours de notre internat.

Nous diviserons notre étude en plusieurs chapitres : Définition, historique et division feront l'objet du premier chapitre.

Dans un deuxième, nous parlerons de l'étiologie du molluscum.

L'anatomie pathologique et la symptomatologie feront l'objet des deux suivants.

Le cinquième chapitre sera consacré à la marche et au développement, tandis que dans le sixième nous parlerons du diagnostic.

Les complications et les symptômes cliniques de l'évolution maligne seront étudiés dans le septième.

Enfin les huitième et neuvième chapitres seront destinés au pronostic et au traitement.

CHAPITRE PREMIER

DÉFINITION. — HISTORIQUE. — DIVISION

L'étymologie du mot *molluscum* a reçu un grand nombre d'interprétations. Pour les uns et Bateman, en particulier, les *molluscums* n'étaient que des éminences tuberculeuses développées et disséminées sur la surface du corps.

Pour Bontius, le mot de *molluscum* viendrait des Iles Moluques où régnait cette affection d'une façon épidémique. Le mal ou bouton d'Amboine servait également à désigner le *molluscum*. Enfin pour d'autres, le mot *molluscum* viendrait d'une étymologie latine (*mollis*) qui servait à caractériser une tumeur de consistance molle. On voit donc par là que le *molluscum* n'exprimait rien de bien défini.

Ludwig et Tilesius, en parlant de leurs malades, disaient : « *Corpus tectum est verrucis mollibus, sive molluscis et madidis.....* » C'est peut-être à cette citation que Willam se reporta pour désigner des tumeurs analogues à celles qui sont citées dans les

observations de Tilesius. Willam, ayant remarqué leur grande analogie, ajouta même au nom de *molluscum* l'épithète de *pendulum*.

C'est alors que les mots de *molluscum pendulum* servirent à désigner les tumeurs les plus disparates de la peau. Ainsi s'explique la synonymie des premiers temps. La nature de ces productions cutanées était encore inconnue et aucune des descriptions si nombreuses que l'on donnait n'avait suffisamment de clarté et de précision. Ainsi nous citerons textuellement un paragraphe, sur la définition et la division du *molluscum*, que donnent MM. Fleury et Monnent dans le *Compendium de médecine pratique*. « Le *molluscum* est une affection cutanée, chronique, caractérisée par des tubercules en général très nombreux, congénitaux ou acquis, dont le volume varie depuis celui d'un pois, jusqu'à celui du poing et même plus, arrondis, ovales, aplatis ou irréguliers, ordinairement sessiles ou pédiculés, présentant tantôt la couleur de la peau, tantôt une coloration rouge, brune ou noirâtre, ayant une surface lisse ou mamelonnée et une consistance tantôt solide, dure, tantôt mollassée. »

En 1840, Jacobowicz désigne sous le nom de *molluscum*, trois espèces de tubercules : tubercule *fungosa*, *atheromatosa*, *variegata*. Il y ajoutait même une nouvelle forme : le *molluscum bigarré*.

Hale Thomson (1841) appelle indistinctement le *molluscum pendulum*, *molluscum albumineux* et inversement, en raison du liquide qui imbibe les mailles de son tissu. Il créait ainsi une nouvelle confusion.

Caillaud change simplement les noms ; il appelle le

molluscum de Bateman, acné molluscoïde et celui de Willam devient l'acné pédiculé.

Devergie forme une synthèse en réunissant sous le nom de molluscum, plusieurs productions tuberculeuses de la peau, d'origine très différente.

Diaz de la Bedoya divise le molluscum en pendulum et contagiosum. Mais il va encore plus loin et dit que « les molluscums sont des tumeurs dont le sommet est percé d'un orifice à travers lequel on peut faire sortir par pression une matière athéromateuse ou lactescente. »

Bazin le premier (1862) a commencé à séparer le molluscum pendulum des autres variétés qu'il appelle molluscum granuleux et molluscum stéarique qui n'est autre chose que la loupe de la peau.

Hardy (1865) croit que le molluscum est formé par les glandes sébacées hypertrophiées, et que de plus il n'est que l'exagération de l'acné varioliforme.

A l'article molluscum du Dictionnaire encyclopédique, on trouve une nouvelle division de ces tumeurs. C'est ainsi qu'on a un molluscum folliculaire (acné varioliforme de Hardy), un molluscum fibrome et un molluscum lympho-adénique.

Hébra et son élève Kaposi donnent une description classique : « le molluscum pendulum est une tumeur de nature fibreuse ».

On voit donc que grande était la confusion, au sujet de la nature de ces tumeurs. Les travaux de Beale, Rokitsky, Virchow, Verneuil, Billroth, Rindfleisch, etc., ont permis de séparer du molluscum toutes les tumeurs sarcomateuses, lymphatiques, et à l'heure

actuelle on a l'habitude de réserver ce nom de molluscum à des tumeurs fibreuses, ce que les auteurs anglais appellent le fibroma-molluscum.

M. Boudet, dans sa thèse inaugurale, décrit le molluscum généralisé et le molluscum circonscrit. S'appuyant sur le mémoire de Recklinghausen, il cherche à prouver que le molluscum généralisé serait un neuro-fibrome, tandis qu'au contraire le molluscum circonscrit serait un lymphangio-fibrome. M. Boudet appelle encore le molluscum circonscrit, molluscum pédiculé, tandis que le molluscum généralisé est celui qui souvent n'est pas pédiculé.

Enfin, il résulte de tous ces travaux, qu'aujourd'hui, on comprend sous le titre *molluscum*, deux ordres de tumeurs cutanées fort distinctes, les unes dont le siège serait dans les follicules pileux et sébacés, tandis que les autres seraient des tumeurs appartenant à la grande classe des fibromes.

CHAPITRE II

ÉTIOLOGIE

L'étiologie de l'affection qui nous occupe est des plus obscures. Le plus souvent ces tumeurs surviennent sans cause apparente. Certains faits, qui en faciliteraient le développement, ont été tour à tour incriminés. Les uns sont en rapport avec la constitution de l'individu ; les autres seraient dus à une irritation locale de la peau. Les tempéraments scrofuleux et lymphatiques seraient, paraît-il, particulièrement sujets à ces productions. Cette assertion est sujette à discussion, car plus d'une fois nous avons vu se développer des molluscums sur des personnes qui ne présentaient aucun des signes de la scrofule ou du lymphatisme.

Ce qui est plus probable, c'est l'hérédité. L'hérédité joue en effet un rôle très important ; c'est ainsi qu'on a signalé dans de nombreuses observations l'existence de l'affection sur plusieurs membres de la même famille. D'autre part, nous verrons que ces molluscums,

qui peuvent être acquis à un moment donné, sont pour la plupart d'origine congénitale.

D'après Hébra, il y aurait un certain rapport entre le développement du molluscum et l'état mental de l'individu (malades de Hasselbach, Virchow, Hecker). Cependant cet état mental ne paraît pas devoir être accepté comme un rapport fréquent ; nous ne verrons là au contraire qu'une simple coïncidence.

Il n'en est pas de même des rapports de ces tumeurs cutanées avec les tumeurs des nerfs et la pigmentation de la peau. C'est cette triade symptomatique qui a reçu le nom de maladie de Recklinghausen ou neurofibromatose. Landowski est le premier en France qui les ait signalés. Récemment M. le Docteur Feindel et M. Oppenheim, interne des hôpitaux de Paris, ont publié dans les archives générales de médecine (juillet 1898) de nouveaux cas établissant bien les rapports qui existent entre les productions cutanées et les tumeurs des nerfs.

Certaines races seraient plus fréquemment atteintes que d'autres par cette maladie ; citons entre autres, la race chinoise (Farquhar et Telbury Fox). Le sexe ne paraît avoir aucune influence, du moins pour le molluscum généralisé ; quant au pendulum, c'est chez la femme qu'on le trouverait le plus souvent. Le molluscum généralisé serait congénital, tandis que le pendulum surviendrait de préférence chez l'adulte.

Enfin, nous devons noter la coexistence très fréquente des molluscums, avec les nævi pigmentaires ou vasculaires.

Parmi les causes déterminantes, on a invoqué le

traumatisme, coups, blessures, irritations diverses de la peau. Le traumatisme est le grand coupable, a-t-on dit. Mais comment agit-il ? Doit-on admettre, ainsi que le veut Virchow, la cellule indifférente du tissu conjonctif, ou avec Cornil et Ranvier une modification particulière des cellules, modification par laquelle la cellule effectuerait un retour à l'état embryonnaire ? De son côté, Conheim pense que les molluscums n'auraient d'autres causes qu'une anomalie du développement foetal ou embryonnaire. Pour notre part, nous pensons bien plutôt avec notre vénéré maître, M. le Professeur Bard, que ces productions dermiques ont pour cause une spécificité particulière de la cellule qui se manifesterait sous l'influence d'un trauma. Ce qu'il y a de bien certain, c'est que l'action traumatique n'est pas douteuse ; ainsi Taylor nous rapporte dans une observation, qu'après un traumatisme, il s'était formé une tumeur dans le tissu cellulaire sous-cutané, avec envahissement consécutif dans toute l'épaisseur du derme et saillie au-dehors. Tochude, Langrand, Chérot, Fremmert d'après Tschudi et Langaard, disent qu'une plaie insignifiante, chez les nègres, suffit à engendrer un fibroma molluscum.

Enfin, comme cause occasionnelle, on a cité la fièvre typhoïde, la misère physiologique, l'intoxication arsénicale. L'apparition fréquente du molluscum a été signalée en des points où existaient chez l'embryon des fentes branchiales ou des involutions épidermiques.

CHAPITRE III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le volume de ces tumeurs est ordinairement très variable. Généralement de la grosseur d'un pois, elles peuvent acquérir la grosseur d'un poing et même plus. Leur forme varie également beaucoup, tantôt lobulée, arrondie, tantôt plus ou moins ovoïde. La consistance en est ferme ou mollassse, suivant l'âge de la production épidermique. La coloration rosée ou blanchâtre se modifie souvent et revêt, dans quelques cas, une couleur brune très prononcée. A la coupe, ces tumeurs laissent écouler un liquide blanc, filant, albumineux, qui se coagule sous l'influence de la chaleur et des acides. La surface de section rappelle celle de la glande mammaire.

L'adhérence à la peau est quelquefois très intime, d'où l'impossibilité d'isoler la tumeur de son enveloppe cutanée. D'autres fois, ce n'est que par leur base que ces tumeurs sont adhérentes à la peau ; dans ce cas on dit qu'elles sont pédiculées. L'isthme qui les relie aux téguments peut être plus ou moins long. Ce pédicule peut être formé par un prolongement effilé de la tumeur ou par une duplication de la peau.

Le molluscum est une variété des fibromes de la peau; mais ces fibromes ont des caractères spéciaux qui sont leur mollesse et leur grande tendance à la pédiculisation. Cette donnée générale qui fait du molluscum un fibrome est parfaitement établie par les recherches modernes et acceptée sans conteste par tous les auteurs; mais les divergences commencent lorsqu'il s'agit de fixer le siège du développement de cette néoformation.

Ernest Besnier, en 1880, avait divisé en deux grandes classes les fibromes cutanés, suivant que leur naissance se faisait dans la peau ou dans le tissu cellulaire sous-cutané; encore ceux de la peau pouvaient provenir des couches superficielles ou bien des couches profondes du derme. Pour Ernest Besnier chacun des lieux d'origine se traduirait cliniquement par des tumeurs différentes; c'est ainsi que le fibrome de l'hypoderme serait une petite tumeur sphérique plus ou moins molle et dure et le fibrome profond du derme serait dur et plus sessile. Enfin, ce serait le fibrome superficiel du derme de consistance molle qui tendrait à devenir pendulum.

Cette classification est exacte, mais elle est trop absolue; il existe en effet des molluscums pendulums qui proviennent du tissu sous-cutané.

Les travaux de Rokitansky, Virchow, Billroth, Neumann, Rindfleisch, en Allemagne; ceux de Verneuil, de Cornil et Ranvier, Malassez, en France, ont beaucoup contribué à faire connaître la structure intime de ces tumeurs. Pour ces différents auteurs, elles sont constituées par des fibres de tissu conjonctif entre-

mêlées souvent de fibres élastiques. Ces fibres sont dirigées en tous sens et forment comme un « feutrage dont la trame est plus lâche dans les parties profondes, plus serrée au niveau des papilles ». Au milieu sont disséminées de nombreuses cellules du tissu conjonctif qui paraissent étoilées et anastomosées entre elles. Entre ces mailles se trouvent des amas de cellules rondes. Ces tumeurs sont très riches en vaisseaux et c'est surtout autour d'eux que sont accumulées les fibres du tissu conjonctif.

Recklinghausen admet que les fibromes de la peau se développent dans la couche réticulaire du derme, s'ils n'ont pas leur origine dans le tissu cellulaire sous-cutané. Il a établi des différences de structure entre les diverses régions du tissu conjonctif de la peau, autour des vaisseaux sanguins, des nerfs et des glandes et il conclut en disant que le molluscum solitaire est un lymphagio-fibrome, tandis que le molluscum généralisé est un neuro-fibrome. Dans ces différentes tumeurs, cet auteur a rencontré des follicules pileux, des glandes sébacées le plus souvent atrophiées. A la périphérie de ces formations cutanées, il a de plus trouvé des prolongements en forme de languette à extrémité souvent aplatié, prolongements qui correspondraient à des follicules pileux ou à des glandes sébacées. Enfin, il a décrit des glandes sudoripares, dont les tubes siègeraient à la périphérie des tumeurs : « on dirait, dit-il, que le corps fibreux de formation nouvelle a poussé entre eux. »

Recklinghausen se résume ainsi : « Siège originel de la tumeur dans les couches profondes du derme,

développement du fibrome autour des ramuscules nerveux et de la gaine lamellaire des nerfs ; participation inconstante et secondaire des glandes de la peau, les glandes n'étant comprises dans la tumeur que plus tard. »

Selon M. Quénu, le molluscum fibreux cutané occupe tantôt la couche superficielle du derme, tantôt la couche profonde.

Pour M. A. Broca, on rencontrerait dans la structure du molluscum des fibres musculaires lisses qui seraient très abondantes dans les molluscums du scrotum et des grandes lèvres. On les a désignés quelquefois sous le nom de fibro-myome. M. Challand, dans le Bulletin de la Société anatomique, en rapporte un exemple.

MM. Pilliét et Mauclaire donnent au molluscum la constitution suivante : « tumeur d'origine conjonctive, comprenant tous les éléments mésodermiques de la peau et revêtue de l'épithélium ordinaire ou modifié par suite de circonstances accessoires ». Nous verrons dans le chapitre VII, les circonstances qui peuvent faire modifier ces tumeurs, ainsi que les changements qu'elles subissent.

En résumé, nous dirons que le molluscum, et particulièrement le pendulum, est une tumeur de nature fibreuse, à éléments peu serrés, entremêlés de cellules plasmatiques et dissociés par un liquide particulier. La structure de ces tumeurs présente une grande analogie avec celle de l'éléphantiasis des arabes, ce qui pour certains auteurs et pour Lancereaux en particulier, les avait fait rapprocher de cette affection.

CHAPITRE IV

SYMPTOMATOLOGIE

1° **Molluscum généralisé.** — Cette affection peut se rencontrer sur toute la surface de la peau. Elle se présente sous l'aspect de tumeurs cutanées plus ou moins nombreuses, plus ou moins saillantes, arrondies, molles, indolentes, généralement de petit volume.

Le sexe féminin paraît avoir une certaine influence sur le développement de ces tumeurs.

On a signalé comme lieu d'élection de ces néoformations, les muqueuses, mais le siège le plus fréquent est la face, le cou, les épaules, le dos et le tronc. M. Tillaux a cependant signalé un cas où un molluscum s'était développé sous la plante d'un pied.

Généralement ces tumeurs sont congénitales, ou se développent dans la première enfance ou à l'âge adulte. Au début, ce n'est que par le toucher qu'elles se font reconnaître puisqu'elles ne font aucune saillie à la surface de la peau. Elles donnent la sensation de petits corps durs, comparables à des grains de plomb,

incrustés dans le derme ; celles qui atteignent un plus grand développement s'élèvent au-dessus de la peau ; elles sont sessiles et leur base est égale à leur sommet, on dirait de petites verrues. Leur consistance est ordinairement mollassse et donne la sensation d'une poche vide comparée à un grain de raisin vidé de ses pépins (Bazin).

Ces tumeurs sont adhérentes à la peau, ou se déplacent avec elle. La peau, à ce niveau, peut ne présenter aucune modification ou bien être épaissie et ridée. Souvent en un point de la tumeur, on voit une dépression au fond de laquelle se trouve un point noir, représentant l'orifice d'une glande sébacée obstruée par du sébum concrété. Par la pression, on fait sourdre cette matière sous forme de corps vermiculaire. Il importe de remarquer qu'il s'agit là d'une simple coïncidence ; cette glande sébacée, qui n'est qu'une dépendance de la peau, a été repoussée par la tumeur.

Un fait qui se retrouve presque toujours, pour ne pas dire constamment, c'est la présence simultanée du molluscum et de noëvi pigmentaires pileux, vasculaires ou verruqueux.

Ces tumeurs, en général, ne donnent pas lieu à des symptômes généraux ; elles ne gênent en rien le malade et ce n'est quelquefois qu'à l'occasion d'une maladie intercurrente qu'elles tombent sous l'observation du médecin.

La marche est excessivement lente, mais quelquefois une ou plusieurs de ces tumeurs peuvent doubler de volume et se pédiculiser. Nous allons les étudier dans le paragraphe suivant.

2° Molluscum localisé. — Le molluscum localisé se présente sous la forme d'une tumeur pédiculée. Nous avons vu en parlant du molluscum généralisé, que le nombre des tumeurs pouvait être considérable. Dans le cas de molluscum localisé, au contraire, le nombre en peut être très réduit, deux ou trois, parfois même une seule. Mais nous devons dire que nous avons vu très souvent l'association, sur le même individu, d'un molluscum pendulum et d'une grande quantité de molluscs sessiles.

Leur volume est aussi plus considérable, témoin l'observation d'Eleonor Fitzgerald rapportée par John Bell : « une femme présentait un énorme repli de la peau, long d'un mètre et demi, naissant de l'oreille qui était extrêmement allongée et du derrière de la tête, couvrant le cou, la poitrine et l'abdomen et tombant en bourrelets volumineux semblables à un paquet d'intestin. » Témoin encore le fait rapporté par Nélaton où la tumeur « ayant débuté sur les côtés du cou, s'étendait en avant jusqu'à l'épigastre et en arrière jusqu'à la région sacrée sous forme d'un manteau vénitien. » Leur grosseur la plus habituelle est celle d'une noisette. Ces productions ont une forme tantôt ovoïde, tantôt piriforme ; la forme variant d'ailleurs suivant la longueur et l'épaisseur du pédicule. Celui-ci, généralement extensible, possède une longueur variant de un à cinq ou six centimètres.

Pour ce qui est de leur consistance, la comparaison que nous donnent la plupart des auteurs est la suivante : ils l'assimilent à celle d'une mamelle de femme flétrie et pendante.

La pression de ces tumeurs ne fait rien sortir ; elles ne sont le siège d'aucune sécrétion anormale ; mais il n'est pas rare de trouver à la base d'un molluscum un point ulcéré par où s'écoule un liquide blanc jaunâtre, souvent mélangé à du sang. Des poils peuvent être disséminés sur la tumeur ; ces poils naissent de follicules pileux hypertrophiés et cet état de la peau provient de poussées inflammatoires dont elle est fréquemment le siège.

Le molluscum pendulum est généralement indolent, mais il constitue une gêne plus ou moins grande pour les malades. Ces molluscums, peuvent devenir excessivement douloureux, lorsqu'il existe des poussées inflammatoires ou encore à partir du moment où il s'ulcère ; quant à l'état général il n'est en rien modifié par la présence du molluscum pendulum, mais nous verrons qu'il n'en est pas toujours ainsi lorsque ces molluscums subissent une évolution maligne.

CHAPITRE V

MARCHE ET DÉVELOPPEMENT

La marche du molluscum est lente, mais progressive. Ce n'est au début qu'un « petit bouton » auquel les malades ne font pas attention, étant donné son petit volume. Cette petite tumeur est de consistance ferme et d'une indolence absolue. Elle peut rester très longtemps stationnaire ou s'accroître dans des proportions insignifiantes. Dans d'autres cas, au contraire, l'accroissement est très rapide et la tumeur prend un volume considérable. On a invoqué comme cause de cet accroissement la grossesse, la puberté, les fatigues excessives, les traumatismes et les irritations prolongées. On a également remarqué que la tumeur augmentait notablement de volume à chaque époque menstruelle pour reprendre ensuite ses dimensions normales dès que le flux catéménial était terminé.

Les molluscums, arrivés à un certain degré de développement, peuvent rester fort longtemps stationnaires ou subir de nouvelles modifications qui ont pour caractéristique un changement de structure de la tumeur.

Quelquefois enfin, mais c'est là l'exception, ces tumeurs peuvent disparaître spontanément.

CHAPITRE VI

DIAGNOSTIC

Le diagnostic du molluscum est facile dans la plupart des cas ; la consistance molle de ces tumeurs, leur indolence, leur nombre assez considérable, la disposition pédiculée de quelques-unes, la longue durée de la maladie, sont autant de signes qui font faire le diagnostic et qui permettent de les distinguer de quelques autres tumeurs cutanées qui leur ressemblent un peu et avec lesquelles on pourrait les confondre après un examen superficiel.

Voyons quelles sont les productions cutanées qui pourraient nous induire en erreur.

Nous passerons successivement en revue : l'acné varioliforme, les verrues, les angiomes, les lipomes, l'éléphantiasis et quelques tumeurs cancéreuses de la peau.

1^o **Acné varioliforme.** — Selon que nous considérerons l'acné varioliforme de Hebra et de Kaposi, ou l'acné varioliforme ombiliqué de Bazin, nous aboutirons à des signes différents.

a) *Acné varioliforme de Hebra et de Kaposi*. — Cette affection est encore connue sous le nom d'acné atrophique. La localisation aux régions pilaires et sa terminaison toujours cicatricielle en sont les principaux caractères. Le début est marqué par une petite tumeur, indolente, rosée à la naissance, violette quand elle a atteint un plus grand développement. Cette papule, dit M. Chatelain dans son précis des maladies de la peau, se centre d'une pustulette et se transforme rapidement en une croûte un peu enchassée dans la peau et très adhérente; au-dessous siège une ulcération qui devient visible après la chute de la croûte.

Ce n'est donc qu'au début que cette affection pourrait être confondue avec le molluscum, mais la dépression qui se forme au centre de la tumeur, ainsi que l'ulcération, mettent vite sur la voie du diagnostic.

b) *Acné varioliforme de Bazin ou molluscum contagiosum de Bateman*. — On distinguera cette affection du molluscum par le peu de volume des saillies, par leur transparence, par leur ombilication avec un point noir ou blanc par lequel on peut faire sortir le contenu de la tumeur sous forme d'un sébum ou d'un liquide laiteux. De plus c'est une affection de l'enfance, tandis que le molluscum fibreux est plutôt une affection de l'âge adulte.

2° **Les verrues** sont de petites tumeurs cutanées, rondes, rugueuses ou lisses, granuleuses, mamelonnées, de coloration brune, qui généralement se développent dans une région bien circonscrite.

3° **Les angiomes** sont caractérisés par une coloration foncée de la peau qui les recouvre. Sous l'in-

fluence d'un effort, on a vu ces tumeurs augmenter de volume. Enfin, elles sont réductibles à la pression et de plus présentent un caractère très important, l'hyperesthésie, alors que le molluscum est indolent.

4° Les lipomes. — Nous aurons surtout en vue les productions sous-cutanées connues sous le nom de loupes. Ces productions sous-cutanées sont molles. La peau qui les recouvre est ou n'est pas adhérente, elle a conservé sa coloration normale. Enfin, ce sont des tumeurs qui se développent dans le tissu cellulaire sous-cutané et non dans l'épaisseur même de la peau. Enfin, on se souviendra que les tumeurs molluscoïdes sont ordinairement plus nombreuses, plus pédiculées que les tumeurs lipomateuses.

5° L'éléphantiasis se rencontre surtout chez l'homme et n'a pas de limites bien tranchées. L'éléphantiasis est le siège d'une fluctuation manifeste. Les ganglions lymphatiques sont envahis parfois au début (maladie ganglionnaire des Barbades) ; les ganglions inguinaux atteignent parfois un volume considérable ; ce qui a lieu bien rarement avec les molluscums.

6° Les tumeurs cancéreuses de la peau seront facilement reconnues à leur marche rapide, aux douleurs qu'elles déterminent et aux ulcérations précoces. De plus la cachexie cancéreuse survient en général très rapidement, tandis qu'elle n'existe pour ainsi dire pas dans le molluscum. Enfin, elles sont accompagnées d'une adénite précoce qui aide encore au diagnostic. Voilà des caractères bien nets qui peuvent permettre de différencier les deux affections ; mais le diagnostic est rendu quelquefois plus difficile lorsque

les molluscums sont eux-mêmes le siège d'une tumeur maligne. Dans ces cas, en effet, il peut exister de l'engorgement ganglionnaire, une teinte plus ou moins caractéristique du cancer, enfin des douleurs et tout un cortège de symptômes que nous passerons en revue dans le chapitre suivant.

Lorsque le molluscum siège à la vulve, nous aurons encore à songer aux végétations et à certains kystes de la grande lèvre.

Les végétations, avec leur aspect framboisé, la sécrétion abondante et fétide, la facilité avec laquelle elles saignent au moindre traumatisme, seront bien vite reconnues.

Quant aux kystes de la grande lèvre nous n'insisterons pas sur les caractères qui les différencient des molluscums, ceux-ci se distinguant par des signes bien tranchés.

Enfin, signalons l'erreur qui pourrait se produire si l'on se trouvait en présence d'une hypertrophie clitoridienne qui peut simuler, comme dans le cas rapporté par M. le Professeur Lannelongue, un molluscum pendulum.

CHAPITRE VII

COMPLICATIONS. — ÉVOLUTION MALIGNE

QUE PEUVENT SUBIR LES MOLLUSCUMS

On observe souvent des complications dans le molluscum et particulièrement dans le pendulum ; cette dernière variété comprenant en effet des tumeurs volumineuses, mobiles, sujettes à des irritations et à des traumatismes.

Il existe, en outre, une cause prédisposante à l'inflammation de ces petites tumeurs souvent très vasculaires ; cette cause est en rapport avec la circulation qui se fait difficilement dans leur intérieur, en raison de la position pendante et de la torsion fréquente du pédicule.

Non seulement le molluscum s'enflamme, mais il existe de véritables inflammations à répétition. Ce sont ces inflammations répétées qui avaient fait donner à tort à ces tumeurs le nom de molluscum éléphantiasique.

Dans un premier degré de l'inflammation, on voit une simple congestion de la tumeur qui augmente de volume et qui devient le siège d'une sensibilité très marquée. Généralement, au bout de quelques jours, tout rentre dans l'ordre.

Dans un stade plus avancé, l'augmentation de volume de la tumeur s'accompagne, outre des symptômes qui marquent le premier degré, de frissons, de fièvre, de malaise général. Cet état peut se manifester pendant quelques jours, puis on voit se former plusieurs petits abcès qui s'ouvrent et laissent une surface ulcérée et saignante.

Dans d'autres cas, la tumeur apparaît recouverte d'une peau, inégale, rugueuse, creusée de sillons et de fissures par lesquelles suinte un liquide à odeur plus ou moins fétide.

Telles sont les complications qui peuvent se rencontrer du côté de ces tumeurs, mais nous allons voir maintenant des symptômes qui peuvent assombrir le pronostic d'une façon très grave, si l'on n'intervient pas à temps.

Dans nos observations, nous verrons que les malades porteurs de molluscum, ont tous subi un traumatisme à un moment donné. Sous l'influence de cette cause déterminante, le molluscum, sur lequel a porté l'irritation, se congestionne et prend un développement plus prononcé que les voisins. Bientôt des douleurs apparaissent, auxquelles font suite des ulcérations dont la conséquence est parfois des hémorrhagies abondantes et répétées.

M. Chambard, sur une pièce de Trélat, en 1885, a

publié deux observations d'évolution maligne de molluscum. Je ne saurais mieux faire que de résumer ici les principaux points de l'excellent travail de M. Chambard.

La première question qu'il se pose est de savoir si les tumeurs bénignes de la peau ne constitueraient pas pour le cancer, pris dans son acception clinique, une sorte de *locus minoris resistentiæ*, et n'auraient pas une plus grande tendance à évoluer en tumeur maligne que tout point quelconque des téguments. Nous savons en effet, grâce aux nombreux travaux de notre excellent et honoré président de thèse, M. le Professeur Bard, que le cancer est dû à une activité anormale de certains éléments, que de plus, il a pour origine « une monstruosité du développement cellulaire ».

Enfin certains auteurs considèrent le cancer comme une affection *totius substantiæ* dont la localisation serait déterminée par une *pars minoris resistentiæ* ; à l'appui de cette théorie on cite divers exemples : c'est ainsi que nous verrons un cancer utérin se développer bien plutôt chez une femme qui a eu beaucoup d'enfants, que chez une nullipare ; de même un alcoolique aura de préférence un cancer de l'estomac.

Quoi qu'il en soit, sous une cause déterminante, nous voyons ces tumeurs qui jusqu'alors pouvaient être considérées comme bénignes, puisqu'elles ne gênaient en rien le malade, si ce n'est par leur situation ou par les troubles mécaniques qu'elles apportent à la circulation des organes ; nous voyons ces tumeurs, disons-nous, progresser, s'ulcérer, donner lieu à des hémor-

rhagies, à des engorgements ganglionnaires, récidiver et se généraliser. Dans ce cas la clinique ne nous autorise-t-elle pas à prononcer le mot de tumeurs malignes et d'y rapporter toutes les conséquences qu'en entraînent généralement ces tumeurs ?

M. Chambard fait remarquer la lenteur du processus néoplasique. Dans l'observation II, nous verrons un exemple de ces évolutions malignes, où le processus néoplasique a eu une marche extrêmement rapide ; la tumeur n'ayant mis que trois mois pour se développer, récidivant six mois après la première intervention. Nous verrons encore dans ce cas particulier deux nouvelles récidives extrêmement rapides. Nous pensons donc que dans certains cas, la marche de la tumeur maligne peut être très rapide. Nous devons donc retirer de ces faits un enseignement précieux : plus l'opération sera vite effectuée, moins il y aura de chances possibles à une généralisation ganglionnaire.

CHAPITRE VIII

PRONOSTIC

Le pronostic du molluscum est en général bénin, car ces tumeurs enlevées ne récidivent pas après l'ablation. Néanmoins dans les cas où le molluscum évolue en tumeur maligne, les récidives deviennent fréquentes (observations de Pollock, de Abt et observations personnelles). Le pronostic doit être excessivement réservé dans tous les cas où de tumeur bénigne le molluscum se modifie et prend tous les caractères cliniques d'une évolution maligne.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT

Le traitement médical n'a jamais paru modifier la marche de ces tumeurs. L'arsenic, l'iodure de potassium, n'ont jamais enrayé le développement du molluscum.

C'est le traitement chirurgical seul qui doit être préconisé. L'opération s'impose toutes les fois que la tumeur devient gênante, qu'elle s'enflamme fréquemment, qu'elle s'ulcère et surtout quand elle a une tendance à l'évolution maligne.

Dans sa thèse, M. Barry indique certaines règles en ce qui concerne le traitement chirurgical : « Il ne faut jamais opérer lorsque ces tumeurs sont le siège d'inflammation, ou de quelque autre complication. »

Nous ne sommes point de l'avis de M. Barry, et nous croyons au contraire que dès qu'un molluscum présente une tendance à une inflammation qui pourrait engendrer une évolution maligne, on doit se hâter d'en pratiquer l'ablation. On ne doit pas craindre,

tout en faisant de la chirurgie conservatrice, d'enucléer tout le tissu environnant la néoformation.

L'ablation se fait généralement au bistouri. Lorsque la tumeur est bien pédiculée, on sectionne le pédicule; l'hémorrhagie est de peu d'importance, mais on peut avoir une ou deux artérioles à lier.

Dans les cas où la tumeur s'est modifiée par des inflammations antérieures et de plus lorsqu'elle est rattachée par un large pédicule, nous aurons à nous préoccuper de deux complications.

Nous savons que les processus inflammatoires amènent la dilatation des vaisseaux sanguins et surtout celle des voies lymphatiques. Nous devons donc craindre l'hémorrhagie à cause de la distension des vaisseaux sanguins, et la septicémie par suite de la porte d'entrée qu'établit la dilatation des lymphatiques, à l'agent infectieux.

La méthode antiseptique devra être appliquée dans toute sa rigueur.

Rappelons enfin certains procédés qui peuvent rendre service dans diverses circonstances. La torsion du pédicule entraînant la gangrène, peut amener la chute de la tumeur.

Nous signalerons encore l'enucléation de la tumeur par le thermo-cautère, l'anse galvanique, l'écraseur linéaire de Chassagnac, les injections intersticielles qui ont été très en honneur dans ces derniers temps, méthode préconisée par M. le Professeur Lannelongue. Rappelons encore la ligature élastique qui n'est applicable que dans les cas où les tumeurs sont bien pédiculées.

Nous ne citerons que pour mémoire la destruction de ces tumeurs par la pâte de Canquoin ou par la pâte caustique de Vienne, procédés dont les résultats ont été peu satisfaisants.

Pour nous résumer, nous dirons que le traitement de choix est l'ablation par le bistouri, et que d'autre part on ne doit pas craindre d'enucléer tous les ganglions qui paraissent engorgés, lorsqu'on se trouve en présence d'une évolution maligne. Leur excision totale assurera la guérison et du moins empêchera la récurrence de la tumeur, dans une certaine mesure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Molluscum pendulum et carcinome réticulé

Partie clinique (Dr Schmit); in thèse Lerefait

P... R..., cuisinier, 41 ans, entré le 18 décembre 1877, à la Charité, dans le service de M. le Professeur Trélat. Cet homme blond, robuste, sans antécédents personnels ou héréditaires, porte dans différentes parties du corps, mais surtout au cou, une dizaine de molluscums pendulums. En 1870, l'un d'eux commence à grossir. Il y a un an, il avait le volume d'une petite noix ; ce n'est que depuis six mois qu'il a pris le développement considérable, qui a fait entrer le malade à l'hôpital. Jamais de douleurs vives ne se font sentir ; seulement les frottements de la chemise dans ces derniers temps ont déterminé tous les deux ou trois jours une petite hémorrhagie qui ne tardait pas à s'arrêter d'elle-même.

Actuellement la tumeur, située sur la ligne médiane du dos, au niveau des huitième et dixième dorsales, ressemble assez comme forme et comme volume à un rein de veau, un peu aplati ; c'est une saillie bourgeonnante, étalée, ovale, de 8 centimètres de longueur sur 4 centimètres de largeur. Elle est composée de huit à dix lobules séparés par des sillons à

peine marqués en général, mais dont quelques-uns cependant, surtout à la partie inférieure, s'enfoncent assez profondément pour rendre les lobules indépendants de la masse. Sur un fond rosé, on distingue une foule de points nuancés, dont les teintes varient du jaune au rouge par place ; grande tendance à l'ulcération. Le toucher, qui n'est pas douloureux et ne provoque aucun écoulement de sang, permet de comparer sa consistance à celle de la langue ; en relevant les parties périphériques, on peut constater la présence d'un pédicule assez étroit ; enfin autour de ce point d'insertion un ou deux pédicules accessibles pour les lobes indépendants ; aucun ganglion dans les aisselles, l'auscultation ne permet de percevoir aucun bruit de souffle.

Frappé de l'analogie que présentait ce cas avec ceux que M. Malassez avait fait connaître en 1872, M. Trélat diagnostiqua un molluscum en voie de transformation sarcomateuse et pratiqua l'ablation de la tumeur et la cautérisation de la plaie produite par l'opération. Il recommande en outre, au malade, de venir se montrer tous les mois, et l'on peut constater que celui-ci après dix-huit mois d'observation ne présente encore aucune trace de récidive et de généralisation.

Partie anatomo-pathologique (E. Chambard). — Les caractères histologiques de la tumeur, peuvent être résumés ainsi : De son point d'implantation au niveau duquel elle est entièrement fibreuse, partent d'épaisses travées également fibreuses et vasculaires qui divisent les lobes en lobules ; ces derniers sont enfin divisés en alvéoles par des lames conjonctives émanées des dernières travées et qui se présentent les unes sous un aspect vaguement fibrillaire et les autres qui sont les plus minces, sous un aspect entièrement amorphe.

Les alvéoles ainsi circonscrits renferment les uns une cellule, d'autres un petit nombre de cellules, d'autres enfin un nombre beaucoup plus considérable d'éléments cellulaires,

mais tous ceux qui y sont contenus ont un caractère atypique ; ce sont des éléments épithélioïdes irrégulièrement disposés et non unis entre eux par un ciment.

En dehors de cette formation alvéolaire, on rencontre dans le hile de la tumeur et dans les plus épaisses travées qui la parcourent, de petites loges alvéolaires renfermant une seule cellule épithélioïde ou un petit nombre de ces éléments dont on peut suivre pas à pas toute l'évolution depuis le moment où elles sont très analogues à des cellules lymphathiques dont on a peine à les distinguer, jusqu'à celui où, volumineuses, pourvues d'un gros noyau vésiculeux et quelquefois de deux, elles revêtent un caractère presque épithélial et s'entourent d'une sorte de capsule qui semble formée aux dépens du tissu conjonctif ambiant.

OBSERVATION II (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Girard

Molluscum malin.— *Trois récidives, généralisation à la plèvre.*

Mort

M^{me} X..., âgée de 50 ans, paraît jouir d'une bonne santé, mange et digère bien, n'accuse aucun autre malaise que ceux que nous allons décrire.

Elle a eu deux enfants, dont l'un est mort de méningite, à l'âge de dix-huit mois, et dont l'autre est une jeune fille de quinze ans qui ne présente aucune tache cutanée.

Ses antécédents personnels restent muets ; ses antécédents héréditaires accusent un molluscum gros comme le poing sur le cou de son père et un épithélioma utérin qui a entraîné la mort de sa mère.

Elle n'a eu qu'une sœur, qui est actuellement bien portante et qui présente aux mains un vice de conformation semblable à celui que nous découvrons chez notre patiente.

Un examen attentif de cette dernière nous dévoile environ deux cents molluscums, les uns sessiles, les autres pédiculés. De ces derniers les uns sont pleins et les autres sont réduits à deux fins replis de la peau, au milieu desquels on sent quelques grains de tissu fibreux. Ces molluscums, qui varient de la grosseur d'un grain de mil à celle d'une noix, sont disséminés sur toute la surface du corps, particulièrement au cou et sur la face antérieure de la poitrine. Quelques-uns sont congénitaux, d'autres ont apparu pendant la première grossesse.

On constate en outre :

1° Une plaque de xanthélasma sur la paupière supérieure gauche ;

2° Sur la cuisse et très nettement dessinés sur le trajet du nerf sciatique, six nævi pigmentaires variant en largeur d'une pièce de un franc à une pièce de cinq francs ;

3° Un arrêt de développement (1 cent. 1/2) des quatrième et cinquième métacarpiens de chacune des mains ; de telle sorte que les quatrième et cinquième doigts paraissent plus courts, bien que les phalanges aient leurs dimensions normales. La sœur de la malade au dire de cette dernière présente la même difformité ;

4° Un arrêt de développement non moins marqué du quatrième métacarpien des deux pieds, de telle sorte que le quatrième doigt est comme enfoui et rétracté au milieu de ses deux voisins ;

5° Pas d'altération de la sensibilité cutanée.

Ces signes avaient été observés il y a deux ans, époque à laquelle elle était venue demander à ce qu'on la débarassât d'une tumeur ayant atteint le volume d'une orange et qui était située à la partie antérieure de la cuisse droite. Cette tumeur, avait, dit-elle, pris naissance sur un noyau semblable à ceux qu'elle présentait sur d'autres parties du corps, noyau qui avait été violemment heurté à l'angle d'un lit trois mois auparavant.

La tumeur s'était développée rapidement et déterminait des douleurs sourdes et lancinantes. Elle faisait corps avec la peau, glissait sur les tissus sous-jacents, avait une consistance molle et était peu douloureuse à la pression. Les ganglions de l'aîne n'étaient pas engorgés. L'état général était bon, M. le Professeur Girard posa le diagnostic de molluscum ayant subi une évolution maligne et conseilla l'ablation.

L'opération fut pratiquée le 9 décembre 1895.

On ne fit pas à cette époque d'examen histologique de la tumeur.

Six mois après, la malade revint à l'hôpital, atteinte d'une récidive sur place. La tumeur était moins volumineuse, mais elle faisait manifestement corps avec le droit antérieur.

L'état général était resté bon ; les ganglions de l'aîne étaient sains. Une deuxième opération fut pratiquée le 22 mai 1896 et une large tranche du droit antérieur fut réséquée. Comme la première fois on ne fit pas d'examen histologique.

Mais une deuxième récidive sur place eut lieu sans que l'état général fut altéré et sans atteinte des ganglions de l'aîne.

Une troisième opération a été pratiquée le 16 octobre 1897. Cette fois la tumeur avait envahi le vaste interne dont on enleva une partie.

La tumeur fut examinée au point de vue histologique et les conclusions de M. le Professeur Bard et de M. le Professeur Douillet, de Grenoble, furent que l'on se trouvait en présence d'une tumeur de nature léiomyomateuse.

Les trois opérations ont eu des suites simples et la malade se trouvait dans un état général aussi bon que la première fois.

Environ trois mois après cette seconde intervention, la malade se plaignit de violentes douleurs à l'endroit où les deux tumeurs avaient été énucléées. On s'aperçut bientôt qu'une quatrième récidive avait lieu sur place. A ce moment, la peau était complètement adhérente à l'os.

On proposa à nouveau une nouvelle intervention à la malade qui l'avait acceptée, quand subitement sans douleur, sans les prodromes habituels de la pleurésie, on se trouva en présence d'un abondant épanchement qui s'était fait dans la plèvre droite.

Cette pleurésie fut ponctionnée et la ponction donna issue à une grande quantité de liquide citrin. La respiration fut améliorée par cette thoracenthèse, mais le lendemain, on constata à nouveau que la plèvre contenait environ 1 litre 1/2 de liquide. Nouvelle ponction qui, contrairement au liquide citrin de la première fois, donna issue à un liquide légèrement rougi. Environ 48 heures après, le liquide s'était à nouveau reformé. On fit une troisième thoracenthèse dont le résultat fut l'évacuation d'un liquide franchement hémorrhagique. On fit ainsi quatre autres ponctions successives qui comme la précédente donnèrent un liquide très hémorrhagique et très abondant. Enfin la malade mourut quelques jours après.

Cette observation très intéressante du fait de ces trois récides sur place d'une tumeur développée sur un molluscum nous prouve bien que nous étions en présence d'une évolution maligne, que de plus il y avait une généralisation extrêmement rapide, qu'enfin cette pleurésie survenue sans prodromes, à liquide franchement hémorrhagique, n'était qu'une manifestation de cette généralisation.

OBSERVATION III (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le Professeur Girard

Epithélioma développé sur un molluscum. — Ablation

Mme X..., 60 ans, cultivatrice, entre à l'Hôtel-Dieu de Grenoble, salle Billerey, le 23 décembre 1897.

L'histoire de cette malade est la suivante :

Au point de vue antécédents héréditaires, nous ne trouvons

rien, la malade ne se souvient pas d'avoir remarqué de productions cutanées semblables aux siennes, chez sa mère.

Les antécédents personnels ne nous apprennent rien de bien particulier.

Pas de maladies antérieures, pas trace de syphilis, ni d'alcoolisme, a toujours joui d'une excellente santé.

A l'examen, cette malade nous présente un molluscum sessile vers l'angle externe de l'œil droit, un autre vers le milieu de la joue droite, enfin, un troisième plus volumineux et pendulum au-dessus du sein droit; de plus, cette malade a, en outre, un nævus pigmentaire de deux centimètres d'étendue à la partie interne de la cuisse gauche.

Toutes ces tumeurs sont congénitales et ne gênaient en aucune façon la malade. Mais elle a reçu un coup, il y a quelques mois, et depuis cette époque le molluscum de l'angle interne de l'œil droit a été remplacé par une autre masse bourgeonnante et de coloration grisâtre. A la suite du développement de cette tumeur, la malade nous dit qu'elle a ressenti de violentes douleurs et qu'un jour cette masse qui nous occupe s'ulcéra. C'est alors que la malade se décida à entrer à l'hôpital.

A son entrée, on trouve au niveau de l'angle interne de l'œil droit une tumeur ulcérée qui revêt cliniquement tous les signes de l'épithéliome.

Peu de temps après son entrée à l'hôpital, la tumeur avait envahi la partie correspondante du nez.

Mme X... est très affirmative, elle déclare que cette tumeur n'a pris naissance que sur une autre petite tumeur semblable aux autres molluscs.

La malade était toujours en traitement quand le sommet du molluscum de l'angle externe de l'œil s'ulcéra à son tour et cette ulcération présenta, comme la précédente, tous les caractères cliniques de l'épithéliome.

On proposa une intervention qui fut acceptée par la malade.

L'examen histologique de la tumeur n'a pas été fait, aussi cette observation n'a-t-elle pas l'intérêt de la précédente, néanmoins nous la retiendrons, car, ainsi que la suivante, les tumeurs développées sur les deux molluscums avaient cliniquement tous les signes de l'épithéliome et que de plus cet épithéliome s'est inoculé à un autre molluscum proche voisin du dégénéré.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Recueillie dans le service de M. le docteur Berthollet

Epithéliome développé sur un molluscum. — Ablation

C... Françoise, 75 ans, ménagère, ne présente rien au point de vue de ses antécédents héréditaires ; le père est mort à 68 ans de sénilité, mais présentait de nombreux molluscums, la mère est morte âgée et d'une affection inconnue.

La malade a eu cinq frères ou sœurs, quatre sont morts. Le mari de cette femme est mort d'une pleurésie purulente. A eu six enfants, dont quatre sont morts, une fille à 32 ans à la suite d'un mal de Pott, un fils de la fièvre typhoïde, les deux autres d'affection cérébrale probablement d'origine tuberculeuse. Les deux autres enfants sont en bonne santé.

Les antécédents personnels nous signalent une rougeole et une scarlatine en bas âge. A été réglée à 18 ans, les menstrues étaient bien régulières et abondantes.

Jusqu'à l'âge de 45 ans pas de maladies. A ce moment un érysipèle de la face qui a duré environ quinze jours. A eu à 60 ans une obstruction intestinale, qui a cédé au traitement médical.

A l'examen de la malade, on relève à l'angle interne de l'œil droit un molluscum sessile de la largeur d'une pièce de 50 centimes environ. La malade ne s'en est aperçue qu'il y a

environ douze ans. Il y a quatre ans, elle se plaignait de douleurs très intenses siégeant au-dessous de la paupière supérieure droite. Ces douleurs durèrent environ six mois. Pendant tout ce laps de temps, la malade avait la sensation d'un corps étranger dans l'œil ; cette sensation cessa quand la petite grosseur (selon l'expression de la patiente) se fut fait jour sur la face supérieure de la paupière droite. Cette petite tumeur continua à grossir et se pédiculisa. Ce furent alors de véritables souffrances, car la tumeur venait flotter au-devant de la fente palpébrale et gênait beaucoup la vision de ce côté. La malade avait même, nous dit-elle, contracté un mouvement incessant de la tête, et la main venait constamment essayer de rejeter la tumeur en dehors ou en arrière.

C'est à la suite de ces attouchements répétés que la petite tumeur changea de coloration, s'ulcéra en donnant un peu de liquide à odeur assez fétide. Les ganglions de l'aiselle étaient durs et saillants.

La malade fut opérée, mais l'excision est encore trop rapprochée pour dire que nous n'aurons pas de récurrence.

L'examen histologique n'a pas été pratiqué, aussi ne faisons-nous que signaler le diagnostic clinique qui était celui d'épithéliome développé sur un molluscum pendulum.

OBSERVATION V

Besnier (Dermatomyomes in Annales de dermatologie
et de syphiligraphie, 1880)
Verneuil 1858

Sujet de dissection : Quantité innombrable de tumeurs cutanées variant de volume depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une noix. Les plus petites, non apparentes à la vue, sont très sensibles au toucher ou se rencontrent facilement dans l'épaisseur du derme ; quelques-unes en petit

nombre sont situées au-dessous de cette membrane, mais adhèrent à sa face profonde.

L'examen microscopique montre que si quelques-unes ne renferment pas de vaisseaux, d'autres sont au contraire très vasculaires et envoient de un à quatre prolongements dans l'épaisseur du derme.

Pour M. Besnier, cette observation représente un cas de myomes généralisés. Quoiqu'une partie des fibres musculaires trouvées dans les tumeurs soient mentionnées comme semblables aux fibres du cœur, il les appelle des léiomyomes.

Nous ne citons cette observation que pour la rapprocher de celle qui nous est personnelle et dans laquelle l'examen histologique avait conclu à une tumeur de nature léiomyomateuse.

OBSERVATION VI

Hecker, 1858, in thèse Boudet

Rosine G., 32 ans, présente environ soixante tumeurs cutanées grandes et petites. Chez plusieurs de ses parents les médecins ont constaté des tumeurs analogues. Son grand-père du côté maternel présentait sur le tronc de nombreuses verrues de dimensions variables, quelques-unes de la grosseur d'un poing. Le frère de celui-ci portait une énorme tumeur sur le dos et un frère à elle en avait également.

A l'âge de 14 ans elle avait déjà des tumeurs de la grosseur d'une pomme.

A l'examen, elle présentait à la nuque une tumeur assez grande, mobile, mais surtout une énorme sur le dos et les fesses. Le poids constaté après l'extirpation était de 31 livres. A l'intérieur cavités kystiques pleines de liquides. La peau qui la recouvrait était pigmentée en brun.

Toutes les quatre ou cinq semaines état févreux, lassitude, manque d'appétit, vomissement, palpitation, dyspnée, etc.,

durant quatre à six jours. La tumeur enflait, se colorait d'un rouge érysipélateux. Des fissures de la surface sortait un liquide jaune, clair, nauséabond et coagulant au repos. Quatre à cinq grands verres en 24 heures. Mort bientôt après l'opération.

Ne trouvons-nous pas là des signes cliniques d'une néoplasie maligne ayant évolué avec une grande rapidité.

OBSERVATION VII

Val Mott, 1854, in thèse Boudet

Garçon de 14 ans. Tumeur étagée en trois plis s'étendant de la couronne de la tête, (from the crown of the head) à quelque distance au-dessous de la mâchoire inférieure. Le pli supérieur recouvrait ou plutôt englobait la paupière supérieure qui était attirée en bas. Au-dessous l'œil apparaissait sain au fond du canal de trois ou quatre p̄ouces de profondeur. La masse couvrait en outre la moitié du nez, les lèvres, tout le côté de la face et s'étendait en arrière jusqu'au-delà de l'oreille. Dans tous ces points, elle semblait occuper la totalité du tissu de la peau.

La peau de la surface de la tumeur était ridée et rugueuse dans les points où elle recouvrait les irrégularités du tissu sous-jacent hypertrophié.

« D'après la mère, on avait remarqué peu de temps après la naissance, sur le côté de la face, une petite tache ou saillie sur laquelle la tumeur s'était développée. »

Extirpation. — Grand nombre d'artères à lier. Plusieurs veines de gros calibre. On avait laissé un peu de tissu au malade.

Récidive commençant au bout de quelques semaines. Seconde opération, nouvelle récidive.

M. Boudet ne dit pas si l'examen histologique a été pra-

tiqué, mais en se plaçant au point de vue clinique cette observation semble nous montrer une évolution maligne d'un molluscum.

OBSERVATION VIII

Communications orales dues à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu

I. — Homme assez âgé, cultivateur, présentait un grand nombre de molluscums, les uns sessiles, les autres pédiculés. Sous l'influence d'un traumatisme le malade a vu de ses molluscums situé sur la région dorsale du thorax prendre un énorme développement. Un médecin lui propose l'ablation de cette tumeur, ablation qui est acceptée par le malade. Suites de l'opération excellentes, réunion par première intention.

Environ deux mois après, le malade présentait une récurrence sur place. Les ganglions de l'aiselle étaient engorgés. C'est à ce moment que le patient s'en vint trouver M. le Professeur Gangolphe qui proposa une nouvelle opération. La tumeur fut de nouveau enlevée, mais le malade s'opposa au curettage de l'aiselle. Le résultat ne fut pas long à attendre, le malade eut bientôt une généralisation, généralisation qui se termina par la mort.

II. — X... présentait une tumeur de la région interne de la cuisse développée sur un molluscum. M. le Professeur Gangolphe posa le diagnostic d'évolution maligne du molluscum primitif et pratiqua une intervention précoce.

M. le Professeur Gangolphe résume en disant que les molluscums subissent presque toujours une évolution maligne, à un moment donné de la vie de l'individu, que les sujets porteurs de molluscums étant exposés à une généralisation plus ou moins rapide d'une de leurs tumeurs, doivent se hâter d'en faire pratiquer l'ablation.

OBSERVATION IX

Molluscum papillomateux et épithélioma carcinomateux

Chambard 1883

La femme B..., âgée de 31 ans, grasse et bien portante, entra vers la fin d'octobre 1882 dans le service de M. le Professeur Gailleton à l'Antiquaille pour s'y faire soigner d'une syphilis de moyenne intensité. Vers le 15 novembre, M. le Docteur Dron qui remplaçait alors M. Gailleton remarqua en examinant cette femme au spéculum, qu'elle portait à la partie supérieure de la face interne de la cuisse gauche, à 5 centimètres environ au dessous du pli de l'aîne, une petite tumeur pédiculée, à surface papillomateuse, de consistance assez molle, ne présentant aucune trace d'exulcération et tout à fait semblable à un petit molluscum papillomateux. Cette tumeur avait le volume d'un noyau de cerise et la malade déclarait l'avoir apportée en venant au monde, n'en avoir jamais souffert, et ne l'avoir jamais vu grossir. L'excision pratiquée et l'examen histologique révéla les faits suivants :

Une coupe mince passant par le pédicule et colorée par le picro-carmin montre lorsqu'on l'examine à un faible grossissement que les éminences papillomateuses qui donnent à la tumeur un aspect muriforme sont formées par des plicatures de la peau qui s'adosse à elle-même avec une interposition de tissu conjonctif lâche; ces coupes présentent donc à étudier, en allant de la profondeur vers la surface, trois couches superposées, une profonde formée de tissu conjonctif lâche représentant le tissu cellulaire sous-cutané, une moyenne répondant au derme, et une superficielle représentant l'épiderme et ses cônes intra-dermiques.

A. Couche profonde. — Cette couche est constituée par le tissu conjonctif fasciculé qui forme le centre de la tumeur et

l'axe des excroissances papillomateuses ; on y rencontre des artères et des veines volumineuses et de vastes lacunes lymphatiques.

B. *Couche moyenne.* — La couche moyenne représente le derme dont les replis forment la zone corticale des végétations qui hérissent la surface de la tumeur.

C'est dans cette couche que l'on peut constater l'existence et les caractères de la néoplasie qui depuis un temps qu'il est impossible de déterminer, s'est surajoutée à la tumeur primitive ; nous la décrirons aussi clairement que possible.

Les régions les plus profondes de cette couche moyenne présentent parallèlement à la surface de la peau, les saillies papillomateuses, des trainées de cellules peu volumineuses, polyédriques par pression réciproque, d'un diamètre moyen de 20 μ , munies d'un noyau sphérique nucléolé fortement coloré par le picro-carmin et assez analogues aux cellules qui se montrent sous forme de trainées linéaires dans les espaces lymphatiques de la peau atteinte de carcinome secondaire. Seulement, au lieu d'être libres les unes par rapport aux autres et de pouvoir être chassées individuellement par l'action du pinceau, ces cellules sont soudées entre elles par un ciment et réunies sous forme de boyaux étroits et pleins, assez régulièrement cylindriques, qui s'isolent tout d'une pièce par l'écartement mécanique des fibres conjonctives qui leur servent de gangue. Ces caractères permettent de rattacher cette formation épithéliale non au carcinome de la peau, à alvéoles linéaires, mais à l'épithéliome tubulé de cette membrane.

Plus superficiellement, et jusqu'au sein des papilles d'ailleurs régulières et peu développées dans cette région, les cylindres épithéliaux changent d'aspect, tout en conservant leurs caractères essentiels. Ils sont plus volumineux, à contours plus nettement arrêtés, et moins régulièrement

ordonnés par rapport à la surface de la tumeur ; ce sont toujours des cylindres d'épithéliome pavimenteux tubulé, et certains points de la préparation rappellent volontiers l'aspect des lobes de l'épithéliome sudoripare.

Ailleurs, au contraire, les lésions sont d'une interprétation plus difficile, et paraissent notablement différentes ; elles varient encore selon qu'on les envisage dans les régions profondes ou superficielles de la couche moyenne, c'est-à-dire en somme du derme.

Profondément, à côté et au milieu même des cylindres épithéliaux rectilignes et parallèles, on rencontre des trainées, également rectilignes, de cellules représentant les mêmes caractères que celles des cylindres, mais libres les unes par rapport aux autres et même séparées par un petit intervalle. Ailleurs, le tissu du derme est le siège d'une infiltration diffuse de cellules semblables, parfaitement isolées et distinctes les unes des autres. Enfin, à certains points, on voit des groupes assez étendus, se présentant comme des taches jaunes, irrégulières sur les préparations examinées à un faible grossissement, de cellules plus volumineuses et infiltrées d'un pigment brun jaunâtre diffus. Il est, d'ailleurs, en dehors même des tumeurs mélaniques, peu de tumeurs épithélioïdes de la peau qui ne présentent quelque foyer d'infiltration pigmentaire.

Ces lésions rappellent les trainées épithélioïdes du squirrhe de la peau. Ces points, en un mot, sont du carcinome, mais du carcinome se présentant sous un aspect un peu spécial.

Dans les régions superficielles du derme, notamment au sein des végétations papillomateuses, et des papille elles-mêmes, le doute n'est plus permis et l'on constate l'existence d'alvéoles carcicomateux parfaitement arrondis, volumineux et bourrés de cellules absolument indépendantes les unes des autres. Ces cellules diffèrent quelque peu par leur aspect de

celles qui constituent des cylindres épithéliaux et les trainées épithélioïdes; elles sont plus volumineuses, beaucoup moins régulières, et se rapprochent plus par leur forme et leur aspect de la cellule classique du carcinome. Ces alvéoles, isolés ou réunis en groupe, sont superficiels et en beaucoup de points immédiatement sous-jacents à l'épidermique.

C. *Couche superficielle. Épidermique.* — La couche épidermique qui revêt toute la surface de la tumeur est bien développée et ne manque en aucun point. Elle présente seulement des traces d'atrophie, au niveau du point où les alvéoles carcinomateux lui sont immédiatement sous-jacents.

OBSERVATION X

In thèse Lerefait

Carcinome de la peau développé primitivement dans un molluscum

Clinique. — Br... (Marguerite), 70 ans, célibataire, domestique, entrée le 28 juin 1883 à l'Hospice général de Rouen, dans le service de M. le Docteur Hélot.

Cette femme, forte, grasse, ne présente rien à signaler dans ses antécédents héréditaires. Elle portait depuis sa naissance sur le côté gauche du front une petite tumeur molle, légèrement pédiculée, lisse, ne présentant pas de coloration particulière, offrant en un mot tous les caractères d'un petit molluscum. Cette tumeur restée pendant de longues années stationnaire et indolente, avait légèrement augmenté de volume à une époque que la malade ne peut préciser, car elle n'y attachait aucune importance, n'ayant jamais ressenti de douleurs dans cette région; puis sous l'influence, pense-t-elle, du frottement de sa coiffure, il s'était formé une ulcération donnant lieu à de petites hémorrhagies. Ces derniers acci-

dents avaient débuté environ deux mois avant son entrée à l'hôpital.

L'ulcération, au lieu de se cicatriser, envahit peu à peu la surface de la tumeur, qui prenait un aspect fongueux, et les hémorrhagies devenaient plus fréquentes, plus abondantes et plus difficiles à arrêter. M. le Docteur Hélot qui la vit dans la maison où elle était employée, crut devoir enlever la tumeur en sectionnant son pédicule au moyen de l'anse galvanique.

La récidive se fit sur place et la malade entra à l'Hospice général.

A son entrée cette femme, très robuste de constitution, paraît anémiée ; la peau est pâle et elle se plaint de se sentir faiblir. La santé générale est d'ailleurs satisfaisante, l'appétit normal, le sommeil calme. Sur le front, au-dessus du sourcil existe une petite masse fongueuse, aplatie par la pression du bandage, assez régulièrement circulaire, d'une couleur rouge vif, et en partie recouverte de sang coagulé. Elle se délimite de la peau par un cercle très net, et cette membrane ne présente aucun gonflement au niveau de l'insertion de la fongosité ; la peau est parfaitement mobile et les mouvements de glissement qu'on lui imprime entraînent la tumeur sans aucun tiraillement.

Les hémorrhagies se produisant spontanément ou au moindre contact, et la compression exercée sur le fongus ne suffisant pas à les arrêter, on tente de détruire celui-ci au moyen de l'azotate d'argent.

Devant l'insuccès de ce moyen, M. le Docteur Pétel, qui a pris le service, fait appliquer (16 juillet) une rondelle de pâte de Canquoin dépassant les limites de l'ulcération. L'eschare tombe au bout de quelques jours, laissant à nu une plaie de bon aspect, qui pensée au phénol ne tarde pas à se couvrir de bourgeons charnus normaux.

Mais vers les premiers jours d'août, à la partie externe, sur la tranche de la peau, apparaissent deux ou trois petits points fongueux dont la couleur rouge vif tranche sur le fond rosé de la plaie.

Ces points grandissent rapidement, se réunissent, et les hémorrhagies reparaissent. Une seconde application de pâte de Canquoin est suivie des mêmes phénomènes ; la partie présente une tendance manifeste de la cicatrisation, pendant que de la partie externe renaît sans cesse le néoplasme.

Jusqu'à la dernière semaine du mois d'août, la néoplasie était restée en apparence parfaitement localisée ; mais à partir de ce moment, elle commence à donner lieu à des phénomènes d'infection ; on constate au-devant de l'oreille droite la présence d'un petit ganglion qui s'accroît rapidement, présentant une consistance très dure, et restant très mobile entre la peau et les tissus sous-jacents.

En même temps, dans l'épaisseur de la peau de la région externe du front, se développent de petites nodosités blanchâtres, dures, de la grosseur d'une tête d'épingle, disposées parallèlement au sourcil en séries linéaires courbes à direction externe et inférieure, évidemment situées dans le sens du courant lymphatique dirigé de la plaie vers le ganglion parotidien.

M. le Docteur Pétel, pour obvier aux hémorrhagies qui menacent d'emporter la malade à très bref délai, décide une intervention chirurgicale, malgré les mauvaises conditions dans lesquelles elle se présente.

L'opération fut faite le 1^{er} septembre. Un lambeau triangulaire à base interne comprenant le néoplasme primitif, et les petites tumeurs secondaires, est circonscrit par trois incisions, et disséqué ; on met ainsi à nu l'aponévrose qui paraît absolument intacte ; la néoplasie ne paraît pas s'être étendue en profondeur : une autre incision dirigée verticalement au-devant

de l'oreille droite, met à découvert le ganglion, gros comme une noisette, unique et paraissant mobile.

Mais en cherchant à l'énucléer, le chirurgien constate la présence d'un prolongement qui s'enfonce dans l'épaisseur de la parotide. Il dut donc se contenter de l'enlever avec une petite portion du tissu parotidien, sans pouvoir être certain d'avoir dépassé les limites de la néoplasie. On fit l'hémostase, et on appliqua le pansement phéniqué sur les deux plaies, non suturées.

La récidive se produisit presque immédiatement sur les bords de la plaie frontale, et envahit rapidement toute la surface ; la plaie parotidienne présenta un commencement de cicatrisation, mais au bout de quelques jours, elle fut à son tour envahie par le néoplasme.

A partir de ce moment la néoplasie suivit une marche rapidement progressive, s'étendant à tout le côté droit de la face, sous la forme d'un énorme fungus, et envahissant rapidement les ganglions du cou et de l'espace sus-claviculaire. Les hémorrhagies incessantes rendaient le pansement très difficile et même dangereux.

La malade mourut le 17 octobre sans que l'on put constater de phénomènes indiquant une infection des viscères. L'autopsie ne put être faite.

Anatomie pathologique. — La tumeur primitive n'a pas été conservée ; mais nous avons vu que les foyers secondaires d'un néoplasme offrent la même structure histologique que le foyer primitif. Il nous suffit donc d'avoir examiné ces derniers, pour déterminer la nature de la néoplasie primitive.

Les coupes de la peau et du ganglion ont été colorées les unes par le *carmin boracique* (Grenacher), les autres par le *picro-carmin*.

Dans les coupes de la *peau* passant par les nodosités cancéreuses, on observe les particularités suivantes :

A la face profonde constituée par du tissu conjonctif fasciculé, dont on reconnaît facilement la structure, se trouvent de nombreuses cellules, irrégulièrement arrondies, généralement séparées par un léger intervalle, présentant un noyau volumineux, et un ou plusieurs nucléoles fortement colorés par le carmin, les cellules ont un diamètre moyen de 25μ et leur noyau de 8 à 10μ . Les nucléoles présentent un diamètre de 4 à 5μ en moyenne, présentant par conséquent le type *épithélioïde*.

Le noyau est coloré en rose ; ces cellules sont groupées en amas très irréguliers par le nombre de cellules qu'ils renferment, et par leur forme, car au lieu d'être nettement limités, ils envoient des prolongements, très irréguliers dans toutes les directions, et ces prolongements réunissent plus ou moins parfaitement les groupes cellulaires. En dehors des amas principaux, on trouve de place en place, dans l'intervalle des fibres conjonctives ou élastiques, des cellules isolées, ou réunies par groupe de 3 ou 4, et présentant les mêmes caractères histologiques que les précédentes.

Les mêmes lésions se retrouvent dans le derme, et au niveau des petites tumeurs le tissu dermique a plus ou moins complètement disparu. Le tissu morbide n'est alors séparé de l'épiderme que par une couche extrêmement mince de tissu conjonctif, et dans une des coupes la néoplasie avait atteint l'épiderme.

L'épiderme est presque partout intact, ainsi que les glandes qui en dépendent, et sa structure présente l'aspect normal ; mais au point que nous venons de signaler, les cellules de la couche de Malpighi ont disparu elles-mêmes ; on ne retrouve à la partie périphérique de la tumeur qu'une couche cornée très mince, et à la partie centrale existe une véritable ulcération : Les cellules cancéreuses présentent à ce niveau une disposition curieuse : la partie centrale de la petite tumeur

est composée d'éléments ayant les caractères que nous avons décrits, et offre l'aspect d'une mosaïque, mais à la superficie, les cellules présentent une stratification d'autant plus marquée qu'elle se rapproche davantage de la surface. Leur diamètre transversal mesure de 25 à 27 μ tandis que le diamètre vertical n'a plus que 8 μ , leur noyau présente une modification de forme analogue. On observe dans la masse épithéliale quelques travées conjonctives provenant de la périphérie, et qui subdivisent cette masse en lobes peu distincts.

Nulle part, il n'est possible de saisir de formes transitoires entre les cellules épidermiques et les grandes cellules de la néoplasie.

Ces dernières arrivent jusqu'au contact des cellules épidermiques, sans se confondre avec elles.

En certains points aussi, on rencontre des cellules lymphatiques formant des traînées ; mais ces cellules ne peuvent être confondues avec les éléments épithéliaux dont nous venons de parler, à cause de leur petit diamètre, de la coloration plus vive de leur noyau, et du peu de volume de leur masse protoplasmique.

La seconde pièce à examiner présentait deux parties, une portion ganglionnaire, et une portion glandulaire, formée par un fragment de la carotide ; ces deux parties sont séparées par une bande de tissu conjonctif.

Les coupes ont été colorées par le carmin boracique, et avec un faible grossissement, on distingue nettement la forme racémeuse de la glande dont l'épithélium est très fortement coloré, tandis que la portion ganglionnaire offre une teinte beaucoup plus faible. Avec un grossissement plus considérable, nous constatons que la position ganglionnaire est composée exclusivement de cellules analogues à celles que nous avons décrites dans les foyers secondaires cutanés, mais les noyaux, surtout dans la région centrale, sont beaucoup moins colorés,

et les nucléoles sont plus nombreux (de 3 à 6). A la *périphérie du ganglion* dans la partie opposée à la portion parotidienne, on trouve des cellules un peu plus petites, à masse protoplasmique plus faible, et à noyau fortement coloré en rouge, avec un ou deux nucléoles peu visibles ; ces cellules paraissent être de même nature que les précédentes, mais représentent une forme plus jeune ; ce qui paraît confirmer cette manière de voir, c'est que nous avons pu trouver dans la zone intermédiaire, quelques cellules possédant des dimensions deux ou trois fois plus considérables que les précédentes, à protoplasma incolore, et dont le noyau bien coloré en rouge présentait l'aspect muriforme, c'est-à-dire une forme kariokinétique indiquant une cellule en voie de division.

La trame réticulée du ganglion est conservée et forme le stroma de la tumeur ; cette trame est peu visible, surtout au centre, mais on peut constater quelques alvéoles vides, ronds ou ovales, dont les cellules se sont échappées pendant les manœuvres de la préparation.

Dans la bande de tissu conjonctif, qui sépare le ganglion de la portion de glande parotide, on constate la présence d'îlots et de trainées de cellules épithéliales présentant les caractères déjà décrits.

Dans la portion parotidienne de la coupe, la partie externe représente le tissu glandulaire à peu près normal ; les acini sont garnis de leur épithélium dont le noyau est coloré en rouge intense ; en se rapprochant de la partie interne, c'est-à-dire vers le ganglion ; on aperçoit un certain nombre d'acini dont l'épithélium a subi la dégénérescence graisseuse et s'est détaché de la trame conjonctive ; ces acini présentent une déformation, il sont aplatis, comme si le ganglion voisin les avait comprimés en se développant ; enfin en se rapprochant encore, on trouve dans les alvéoles celluluses de la glande, plus ou moins déformés, des groupes de cellules épithéliales

cancéreuses, offrant les caractères que nous avons décrits. Ces cellules se distinguent très nettement par leur forme, leur dimension, la coloration plus faible de leurs noyaux, de l'épithélium glandulaire, avec lequel il est impossible de le confondre ; il n'existe aucune forme intermédiaire, et dans aucun alvéole on ne rencontre les deux formes cellulaires à la fois. Le néoplasme paraît s'être propagé par infection de voisinage, et devant lui l'épithélium normal de la glande a subi la dégénérescence graisseuse et s'est desquammé, laissant subsister seulement le squelette conjonctif de l'organe, qui devient le stroma de la néoplasie.

De cette étude, il ressort pour nous que les lésions que nous constatons se rapportent à un épithéliome diffus ou carcinome dont les masses épithéliales siègent dans des espaces conjonctifs plus ou moins déformés. Les travées conjonctives forment le stroma de la tumeur, et ce stroma affecte des formes différentes suivant les parties envahies par le néoplasme.

Dans le derme, les masses épithéliales sont très irrégulières dans leur forme et dans leurs dimensions ; dans le ganglion lymphatique et dans le tissu parotidien, le tissu conjonctif a conservé la disposition qu'il offrait avant le remplacement des éléments cellulaires normaux par les éléments néoplasiques ; d'où une structure particulière de la tumeur, qui se trouve ainsi divisée en alvéoles réguliers ; mais quel que soit l'aspect du stroma, ce qui donne à toutes les parties de la néoplasie son caractère particulier, ce sont les cellules épithéliales modifiées, que l'on retrouve partout avec les mêmes aspects.

Il est évident que ces mêmes cellules, qui n'ont aucun rapport de parenté avec les éléments de tissus envahis, s'étaient développés primitivement dans le molluscum extirpé, et qu'il n'y a là qu'une infection secondaire ; aussi pouvons-nous dire que la tumeur primitive était un *carcinome ou épithéliome diffus développé dans un molluscum*.

CONCLUSIONS

Nous résumerons ainsi les points essentiels de notre travail :

I. — Le molluscum est une tumeur due à l'hypertrophie circonscrite du derme ; le tissu fibreux y prédominant, la nature de cette tumeur est par suite fibreuse.

II. — Le fibrome molluscum présente deux variétés :

a) Fibrome molluscum généralisé.

b) Fibrome molluscum circonscrit.

La naissance du molluscum, qu'il soit généralisé ou circonscrit, d'après la majorité des auteurs, aurait lieu dans la couche profonde ou réticulaire du derme et non dans la couche superficielle ou papillaire.

Le molluscum présente la structure générale du tissu fibreux dermique. On trouve en effet :

a) Des faisceaux de tissu conjonctif.

b) Des cellules plasmiques.

c) Un liquide séro-albumineux.

d) Des vaisseaux et des nerfs.

III. — Le fibrome molluscum peut subir des dégénérescences de deux ordres :

a) Le molluscum circonscrit ou généralisé sous l'influence de leur situation qui les expose à l'irritation par conséquent, est susceptible de s'enflammer. La structure et l'aspect extérieur de la tumeur sont modifiés sous l'influence de cette inflammation.

b) Le molluscum peut subir une évolution maligne se traduisant par une dégénérescence cancéreuse (épithéliome, carcinome, myome, etc.)

Cette évolution reconnaît en général pour cause le traumatisme. A l'action de ce trauma s'ajoute encore l'état constitutionnel du sujet et l'hérédité.

IV. — Le pronostic bénin dans le cas de molluscum simple s'aggrave beaucoup dans le cas d'évolution maligne.

V. — Le traitement de choix est l'ablation pure et simple, mais l'intervention doit être très précoce, car ainsi que nous l'avons vu les molluscums dégénérés ont une grande tendance à la généralisation.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
BARD.

Vu :

LE DOYEN,
LORTET.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 2 mars 1899.

LE RECTEUR,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ABT. — Thèse de Tubingen, 1897.
- ALIBERT. — Monographie des dermatoses, t. II, p. 425. —
Traité des maladies de la peau, Paris 1882, t. I^{er}, p. 126.
- BATEMAN. — Traité pratique des maladies de la peau (trad. franç.), Paris 1820, p. 325.
- BAZIN. — Acné varioliforme, 1851, Paris. — Leçons sur les affections cutanées de nature arthritique et dartrieuse, 1860, Paris, p. 170. — Leçons sur les affections génériques de la peau, Paris 1862, dix-septième leçon p. 244-245.
- BARD. — Précis d'anatomie pathologique, p. 14 et suivantes.
- BÉCLARD. — Note sur l'anatomie générale de Bichat et Blaudin, t. IV, page 434.
- BOUDET. — Thèse de Paris, 1883-1884, t. III.
- BARRY. — Thèse de Paris, 1885, n° 134.
- BESNIER. — Annales de dermatologie et de syphiligraphie, 1880, p. 206.
- BROCA. — Traité des tumeurs, 1869.
- BIEDT. — Dict. de méd. art. molluscum, 1822, Paris.
- BILLROTH. — Éléments de pathologie chirurg. générale, Paris, 1874, p. 582.
- BAILLY. — Soc. anat., 1886, p. 426, Paris.
- BUDIN. — Revue photographique des hôpitaux de Paris, 1872.

- CAILLAUT. — Traité pratique des maladies de la peau, Paris, 1859, p. 97. — Archives générales de médecine, Paris, 1851, p. 46-316.
- CORNIL et BAZIN. — Manuel d'histologie pathologique, 1881, p. 186.
- CAZENAVE et SCHEDEL. — Traité des maladies de la peau, 1838, p. 385, Paris.
- CRUVEILHER. — Essai sur l'anatomie pathol. en général, Paris, 1816, t. I, p. 327.
- CORNIL et RANVIER. — Manuel d'histologie pathologique, 1881, t. I, p. 186.
- CHÉROT. — Du molluscum pendulum de la vulve. Thèse Paris, 1892.
- CHATELAIN. — Précis iconographique des maladies de la peau, Paris, 1896.
- DEVERGÉ. — Traité des maladies de la peau, Paris, 1863.
- DECAISNE. — Société anatomique, 1886, p. 426, Paris.
- DUPLAY et RECLUS. — Traité de chirurgie, Paris, 1896.
- DESGUIN. — Annales Société médicale d'Anvers, mai 1891.
- DESPRÈS. — Traité de diagnostic des tumeurs, 1868, p. 107.
- DUHRING. — Traité des maladies de la peau, 1883, p. 547.
- DIAZ DE BEDOYA. — Du molluscum. Thèse de Paris, 1856, n° 85.
- FOLLIN. — Traité de pathologie externe, 1877, t. I, p. 36.
- TELBURY FOX et FRAQUHAR. — On certain endemic skin and other diseases of India of hot climates generally (sur certaines maladies de la peau et autres endémiques de l'Inde et les climats chauds en général), Londres, 1876, J. Churchill.
- GELDNER. — Fibrome molluscum de la grande lèvre. (Thèse de Greifswald, 1847).
- GILLETTE. — Bulletin Soc. de chirurgie, t. XI, p. 692, Paris, 1886.

- HARDY. — Leçons sur les maladies de la peau, Paris, 1863, p. 98. — Molluscum in Dict. Jaccoud, 1877.
- HALE THOMPSON, 1840. — The Lancet, t. II, p. 256.
- HÉBRA. — Traité des maladies de la peau (trad. de Doyon, 1878, t. II, p. 320.
- HILTON FAGGE et FOWSE. — Médic. chir., transactions, London, 1870.
- KAPOSI. — Leçons sur les maladies de la peau, 1863, p. 98, Paris. — Molluscum in Dict. Jaccoud, 1877.
- LANNELONGUE. — Société de chirurgie, p. 100, Paris, 1882.
- LE DENTU. — Soc. anat. Paris, 1873, p. 466-67.
- LANCEREAUX. — Traité d'anat. pathologique, t. II, p. 95, Paris 1879-1881.
- LUDVIG et TILESIIUS. — Historia pathologica singularis cutis turpitudinis, Leipsig, 1793.
- MALASSEZ. — Sur le molluscum en général, bulles, soc. anat., Paris, 1873.
- MOLLIÈRE (Daniel). — Art. fibrome, in Dict. encyclopédique.
- MICHEL. — Art. molluscum, in Dict. encyclopédique
- MARIE. — Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1894-95.
- MAUCLAIRE. — Annales de gynécologie, décembre 1894, Paris.
- MORESTIN. — Soc. anat., Paris, 1^{er} juillet 1898.
- MORGAU. — Volumineux molluscum fibrosum, (Lancet 28 septembre 1820, p. 617).
- MARCACCI. — Di un raro esemplio di fibroma mollusco (giornali italiano della malatie venere) cité in annales de dermat. et de syphilig., 1880.
- NEUMANN. — Traité des maladies de la peau.
- POLLOCK. — Bul. méd. Journal, mars 1873.
- PLENCK. — Doctrina de morbeis cutanis, Vienne, 1873, p. 87.
- PILLIET et MAUCLAIRE. — Étude du molluscum simplex. Bull. soc. anat., Paris, juin, p. 444.
- RINDFLEISCH. — Histologie pathologique, Paris 1873, p. 320

- RECKLINGHAUSEN. 1882. — Ueber die multiplier fibrome des Haut und ihre Béziehung zu deu multiplen neuronen. Berlin.
- RAYER. — Traité des maladies de la peau, 1836, Paris, t. II.
- RECLUS, Kirmisson, Peyrot, Bouilly. — Pathologie externe, Paris 1898, t. I, p. 20.
- ROBIN. — Art. Lamineux in Dict. encyclopédique.
- SANGTER (A). — A case of molluscum fibrosum, urth some remarks ou its histology. Tr. cliniq. soc., Londres, 1880, p. 166-172.
- TILLAUX. — Revue photographique des hôpitaux 1872, p. 385.
- TAILHEFER. — Fibromes multiples congénitaux de la peau. Progrès médical, 25 décembre 1897.
- TAYLOR (R. W.). — Revue de dermatologie, 1889.
- VERNEUIL. — Soc. de biologie, Paris, 1851, t. I, p. 57-177.
Soc. de biol., Paris, 1885. Bull. soc. anat., Paris, 1858, p. 373.
- VIRCHOW. — Pathologie des tumeurs, trad. d'Arrohnson, Paris 1867, t. I, p. 322.
- VAUZETTI. — Bull. Soc. de chirurgie, 2^e série, t. VIII, p. 429, 1867.
- VILLENEUVE fils. — Marseille médical, 1877.

